

第2号様式

就業証明書

年 月 日

(あて先) 成田市長

所在地

名称

代表者氏名

㊟

介護職員初任者研修受講料等補助金の交付を受けようとする者について、下記のとおり証明します。

記

1 雇用されている者

住 所	
氏 名	
生 年 月 日	年 月 日
この者は、年 月 日から、介護職員として3月以上継続して2に記載の介護サービス事業所に就業し、かつ、現在においても就業しています。 また、就業先である介護サービス事業者に直接雇用されています。	

2 就業先である介護サービス事業所

所 在 地	
名 称	

3 この証明書の作成者

職 名	
氏 名	
連 絡 先	